

Kartläggning av kvinnor som söker vård under latensfasen

En retrospektiv studie

Författare:	Linda Bergelin Maria Shearer
Program/Kurs:	Barnmorske- programmet Höstkursen 2007
Omfattning:	15 högskolepoäng
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Lena Mårtensson

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel:	Kartläggning av kvinnor som söker vård under latensfasen – en retrospektiv studie
Engelsk titel:	Survey of women seeking care during the latent phase of labour – a retrospective study
Arbetes art:	Magisteruppsats
Program/kurs/kurskod:	Barnmorskeprogrammet/Reproduktiv och perinatal hälsa – Examensarbete II/OM 1660
Arbetes omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	28
Författare:	Linda Bergelin och Maria Shearer
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Lena Mårtensson

SAMMANFATTNING

Förlossningens start är komplex och ej helt utredd. Latensfasen karakteriseras av tilltagande smärtintensitet och ökad frekvens på värkarna, cervixdilation på \leq tre centimeter samt att värkarna har mycket liten eller ingen effekt på cervix. Starten av latensfasen är en subjektiv upplevelse av kvinnan och det finns ingen enhetlig definition. Det är av stor vikt att skilja på latensfasen och den aktiva fasen för att undvika onödiga ingrepp under latensfasen. Kvinnor som inläggs för vård under latensfasen utsätts för signifikant ökad risk att utsättas för interventioner, så som amniotomi och syntocinonstimulering, dessutom avslutas förlossningen oftare instrumentellt eller med sektio. Syftet var att kartlägga förekomsten av kvinnor som sökte vård i latensfasen, vilka interventioner som genomfördes samt maternella och neonatala förlossningsutfall. Studien är en retrospektiv observationsstudie där kvantifierbar data systematiskt samlades in och sammanfattades i statistisk deskriptiv form. Studien innefattade en kartläggning av alla kvinnor som sökte och födde barn på Östra sjukhusets förlossningsenhet i Göteborg under tidsperioden 1 januari till och med 30 september 2005. I resultatet framkom att av de totalt antal sökande kvinnor under den aktuella tidsperioden var 14,8 % i latensfasen. Den grupp som oftast lades in under latensfasen var omfödorskor utan tidigare vaginal förlossning (OUTV). Av de kvinnor som sökte vård under latensfasen stimulerades 52,4 % med syntocinon och hos lika stor andel utfördes amniotomi. Kvinnor som lades in under latensfasen utsattes i högre grad för interventioner än de som ej lades in. Det är av stor betydelse att enas om en definition av latensfasen för att så få interventioner som möjligt ska utföras under latensfasen. OUTV är en riskgrupp vad gäller interventioner, maternella och neonatala komplikationer och sektio.

NYCKELORD: Latensfas, interventioner, förlossningsutfall, maternella och neonatala komplikationer.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
ARTIKELSÖKNING	1
BESKRIVNING AV LATENSFASEN	2
Definition och diagnossättning	2
Smärtlindring och kvinnans smärtupplevelse under latensfasen	3
RISKER MED INLÄGGNING UNDER LATENSFASEN	3
Risk för avstannande progress i förlossningsarbetet på grund av inläggning under latensfasen	5
RISKER VID FÖRLÄNGD OCH MYCKET FÖRLÄNGD LATENSFAS	6
KVINNANS BEHOV UNDER LATENSFASEN UTIFRÅN ERIKSSONS TEORETISKA BEHOVSMODELL	6
FORSKNING KRING KVINNANS BEHOV UNDER LATENSFASEN	7
BARNMORSKANS STÖDJANDE ROLL UNDER LATENSFASEN	8
PROBLEMFORMULERING	10
SYFTE	10
FRÅGESTÄLLNINGAR	11
METOD	11
DATAINSAMLING	12
ANALYS	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RESULTAT	14
FREKVENNS KVINNOR SOM SÖKTE VÅRD UNDER LATENSFASEN	15
DURATION AV LATENSFASEN SAMT ÖVRIGA FASER UNDER FÖRLOSSNINGEN	16
INTERVENTIONER SOM FÖREKOM UNDER FÖRLOSSNINGEN	16
FÖRLOSSNINGSUUTFALL	17
MATERNELLA OCH NEONATALA KOMPLIKATIONER	18
OMFÖDERSKOR UTAN TIDIGARE VAGINAL FÖRLOSSNING	20
SAMMANFATTNING AV RESULTATET	20

DISKUSSION	21
METODDISKUSSION	21
RESULTATDISKUSSION	22
Interventioner	23
Förlossningsutfall	24
Komplikationer	24
Omfödelskor utan tidigare vaginal förlossning	25
KONKLUSION	25
REFERENSER	26
BILAGA 1	I

INLEDNING

Barnmorskans verksamhetsområde omfattar bland annat att främja hälsa under den perinatale perioden. Arbetet som barnmorska på en förlossningsavdelning innebär att stödja och vägleda kvinnan genom alla faser av förlossningsarbetet, att övervaka förlossningsförloppet och barnet. Utgångspunkten är att en frisk mor föder ett friskt barn med minsta möjliga ingrepp och med en positiv upplevelse av förlossningen. Latensfasen är en del av förlossningsarbetet som kan vara komplex och svårtolkad för både kvinnan och barnmorskan. Kvinnans upplevelse av latensfasen är högst individuell och därför måste vården anpassas efter varje kvinnas behov. Behovet av stöd under latensfasen är unik för varje kvinna (1,2,3). Barnmorskor inom förlossningsvården möter ofta kvinnor i latensfasen (3), men det är oklart hur många kvinnor som söker vård under latensfasen och hur förlossningsutfallet blir.

BAKGRUND

Förlossningens start är komplex och är inte helt utredd. Den påverkas av flera faktorer, dels en hormonell påverkan och dels en mekanisk. Ett flertal hormoner har en viktig funktion i förlossningsarbetet. Några av de viktigaste är oxytocin, östrogen och prostaglandin. Både från modern och från barnet utsöndras hormoner som påverkar förlossningens start. En annan faktor som har betydelse för förlossningens start är det mekaniska tryck som barnet utgör genom att sakta tränga ner genom förlossningskanalen (2,4,5).

ARTIKELSÖKNING

Artikelsökning av tidigare forskning inom området latensfas utfördes mellan 2008-08-25 till 2008-09-04. Databaser som användes var PubMed och Cinahl.

Sökkriterier som användes i Pubmed var; published in the last 10 years, English, Danish, Norwegian, Swedish. Sökord som användes var latent phase AND labour vilket resulterade i 52 träffar.

I Cinahl gjordes inga begränsningar. Sökord som användes var latent phase AND labour vilket resulterade i 20 träffar. Ett flertal av artiklarna fanns i båda databaserna

Efter genomgång av titel och abstrakt inkluderades 21 artiklar som granskades innehållsmässigt. Ytterligare 10 artiklar exkluderades och 11 artiklar valdes att inkluderas.

Ytterligare 3 artiklar inkluderades efter manuell sökning samt efter granskning av de inkluderade artiklarnas referenslista. Totalt inkluderades 14 vetenskapliga artiklar.

BESKRIVNING AV LATENSFASEN

Definition och diagnossättning

Latensfasen är en del av öppningsskedet, som är en fas av tre i förlossningsarbetet. Latensfasen karakteriseras av tilltagande smärtintensitet och ökad frekvens på värkarna, cervixdilation på tre centimeter eller mindre, samt att värkarna har mycket liten eller ingen effekt på cervix (1). Redan på 1950-talet gjorde Friedman omfattande forskning på förlossningsförloppet, vilken fortfarande är högst relevant och grundläggande. Friedman definierade latensfasens start till när kontraktionerna har blivit relativt regelbundna. Fasen pågår fram till dess att dilationen av cervix tilltar då, latensfasen övergår till den aktiva fasen (6). I enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer, diagnostiseras latensfasen utifrån att kvinnan *inte* uppfyller kriterier för den aktiva fasen, som definieras när två av tre följande kriterier är uppfyllda; 1) regelbundna, smärtsamma sammandragningar, 3-4 på 10 minuter, 2) vattenavgång och/eller 3) cervixdilatation 3-4 cm (1).

En studie genomförd i Tromsø, Norge, syftade till att ta reda på hur bland annat latensfasen definieras genom en genomgång av litteratur och vetenskapliga artiklar. Litteratursammanställningen har gett följande definitioner av latensfasen; cervix är mjuk,

kontraktioner startar och börjar bli regelbundna och smärtsamma samt att en minskning av längden på cervix sker. Vidare framkom att latensfasen är en period med smärtsamma sammandragningar som ger liten eller ingen påverkan på cervix öppningsgrad. Durationen av latensfasen varierar kraftigt enligt den litteratur som granskats, från ca 2 timmar upp till 20 timmar hos en förstföderska och ofta något kortare hos omföderskor (7). Ytterligare en definition av latensfasen är att starten är en subjektiv upplevelse hos kvinnan. Oavsett hur regelbundna sammandragningarna upplevs har latensfasen startat. Dilationen av cervix sker långsamt och latensfasen avslutas när cervix är öppen 3-5 cm (8).

Latensfasen kan även delas in i en *förlängd* och *mycket förlängd* fas där definitionen på förlängd latensfas kan variera. I Friedmans forskning framkom att den förlängda latensfasens duration är upptill tjugo timmar för förstföderskor och fjorton timmar för omföderskor (6). I ett flertal artiklar används definitionen mer än åtta timmar för både förstföderskor och omföderskor (1, 9,10) och mycket förlängd latensfas om den är mer än 16 timmar gällande både först – och omföderskor (10).

Smärtlindring och kvinnans smärtupplevelse under latensfasen

Smärtlindring som i första hand föreslås under latensfasen är icke-farmakologiska, exempelvis TENS (Transcutan Elektrisk Nervstimulering), akupunktur, värme, bad/dusch, injektioner med sterilt vatten, massage och avslappningsövningar. Smärtupplevelsen under latensfasen påverkas både av fysiska, psykiska och kulturella aspekter (2,4). Detta kan bland annat påverkas av rädsla, oro, hunger, trötthet, fostrets position och storlek, mental förberedelse, självförtroende samt intensiteten i kontraktionen (11). Kvinnornas smärtupplevelse i latensfasen är äkta och kan vara smärtsam, trots att värkarna har ingen eller endast liten påverkan på cervix. Förlossningsarbetet är en process som är individuell för varje kvinna och varje förlossning är unik (2,4).

RISKER MED INLÄGGNING UNDER LATENSFASEN

Det framgår tydligt i forskningen att kvinnor som inläggs för vård under latensfasen utsätts för en signifikant större risk för komplikationer och ingrepp. De får i högre grad en avstannande progress under förlossningen och får en ökad risk av diverse interventioner som exempelvis amniotomi, syntocinonstimulering och applicering av skalpelektrod på barnets huvud. Vidare ses en signifikant ökad risk att kvinnan utsätts för instrumentell avslutning med vakuum extraktion (VE) eller sektio. Risker för blödning, infektioner och amnioitis post partum ökar i jämförelse med de kvinnor som inte inläggs under latensfasen (1,2,12-15). Det finns också en kraftigt ökad risk neonatalvård för de barn till de kvinnor som inläggs för vård under latensfasen (14).

I en studie utförd i USA 2001 jämfördes förlossningsutfall hos kvinnor som lades in för vård under latensfasen med dem som lades in under den aktiva fasen. Totalt deltog 6121 kvinnor som lades in i den aktiva fasen och 2697 kvinnor som lades in i latensfasen. De kvinnor som inkluderas hade en normal graviditet och enkelbörd med huvudbjudning. Av de kvinnor som inlades i latensfasen var 51 % förstföderskor, och i den aktiva fasen var 28 % förstföderskor. Studien visade att det fanns en signifikant ökad risk för interventioner hos kvinnor som lades in i latensfasen. Studien visade även att förstföderskor som lades in för vård under latensfasen hade en signifikant ökad frekvens av sektio, 14, 2 % jämfört med förstföderskor som lades in i den aktiva fasen, där frekvensen var 6,7 %. Även för omföderskor som lades in under latensfasen var frekvensen högre för sektio, 3, 1 % i jämförelse med de omföderskor som lades in i den aktiva fasen, vars frekvens var 1,4 % (13).

En retrospektiv studie från Storbritannien där 500 förstföderskor med normal graviditet, enkelbörd och huvudbjudning deltog, undersöktes hur ett aktivt förhållningssätt under latensfasen och aktiva fasen påverkar förlossningens progress. Resultatet påvisar samma riskfaktorer som föregående studie visat gällande de kvinnor som söker vård i latensfasen. Av de 500 förstföderskorna hade 421 en cervixdilation på under tre centimeter vid inläggningen på förlossningsavdelning. Av dessa kvinnor genomgick 6,4 % sektio och hos 21 % avslutades förlossningen instrumentellt. Av de 421 förstföderskorna stimulerades 57 % med syntocinon i den aktiva fasen och ytterligare 10 % under utdrivningsfasen. Av barnen fick 4,9 % vårdas på neonatalavdelning och 0,2 % av barnen hade Apgar score ≤ 7 vid 5 minuter (14).

Samma risker gällande inläggning under latensfasen visas i en retrospektiv studie från Nigeria. Där analyserades utfallet av förlossning och förlossningssätt baserat på den diagnos

kvinnorna fick vid den första vaginala undersökningen. Antal deltagare i studien var 3130 kvinnor som alla fick sin första vaginala undersökning vid intaget på förlossningsavdelningen. Resultatet visar på att de kvinnor som inkom till förlossningen i den aktiva fasen hade en signifikant högre chans att föda vaginalt. Andel kvinnor som lades in på förlossningen under latensfasen var 11,3 % dessa kvinnor hade en signifikant ökad risk för sektio (9). En markant skillnad sågs i antalet sektio i en studie gjord 2005 i Iran, där två grupper jämfördes. Den ena gruppen bestod av 466 kvinnor som var förstföderskor och sökte vård i latensfasen, den andra gruppen bestod av 329 kvinnor som var omföderskor och sökte vård i den aktiva fasen. Av de kvinnor som sökte vård i latensfasen fick 65 % sektio. Sektio utfördes vid en cervixdilation på två centimeter. Kvinnorna hade då varit på sjukhuset i snitt 4,9 timmar. Av de omföderskor som sökte under aktiv fas utfördes sektio hos 24 % vid 3-4 centimeters cervixdilation. Tiden på förlossningsenheten var för dessa kvinnor ca 3,4 timmar (12).

Risk för avstannande progress i förlossningsarbetet på grund av inläggning under latensfasen

Det kunde också påvisas att kvinnor som blivit inlagda under latensfasen oftare får en avstannande progress under den aktiva fasen jämfört med de kvinnor som blivit inlagda när de redan är under den aktiva fasen. Interventioner som förekom var till exempel syntocinonanvändning, amniotomi, skalp-pH, applicering av skalpelektrod på fostrets huvud, epidural ryggbedövning, och sektio, låg och medelhög tång och VE . Komplikationer som förekom hos dessa kvinnor var postpartum blödning, infektioner och amnioitis (13). I en studie från Kalifornien, USA gjordes en genomgång av förlossningsjournaler och ett postpartum samtal via telefon genomfördes med 733 kvinnor en tid efter förlossningen. Syftet med studien var att för att ta reda på om avstannande progress var orsaken till deras sektio. Alla inkluderade kvinnor hade förlöst med akut sektio vid fullgången tid samt med huvudbjudning. Andel kvinnor som fick sektio på indikationen avstannande progress i förlossningsförloppet var 69 %, hos dessa utfördes sektio hos hela 24 % under latensfasen, med en cervixdilation på 0-3 cm på grund av avstannande progress enligt ACOG's (American College of Obstetricians and Gynecologists) kriterier (16).

RISKER VID FÖRLÄNGD OCH MYCKET FÖRLÄNGD LATENSFAS

Forskning visar att interventioner som till exempel syntocinonstimulering är vanligare för de kvinnor med *förlängd* (> 8 timmar) och *mycket förlängd* (> 16 timmar) latensfas i jämförelse med de kvinnor som har en normal latensfas. Sektiofrekvensen ökar kraftigt hos dessa kvinnor. Barnen till dessa mödrar får oftare vård på neonatalavdelning samt Apgar score ≤ 7 vid 5 minuter (10).

I en studie gjord i Sydafrika undersöktes risker för modern och barnet vid en förlängd latensfas. En jämförelse gjordes av 100 kvinnor med en normal latensfas, mot 150 kvinnor med en förlängd latensfas. Av de kvinnor som hade en förlängd latensfas var 73 % förstföderskor. Resultatet visar att hos de kvinnor som hade en förlängd latensfas utfördes sektio hos 29 %, jämfört med kvinnor som haft en normal latensfas där var sektiofrekvensen 6 %. Vidare visades också en signifikant ökad risk ($p < 0,001$) för feber, där 21 % av kvinnorna med förlängd latensfas fick feber jämfört med de med normal latensfas där inga av kvinnorna fick feber. Apgar score ≤ 7 vid 5 minuter sågs hos 17 % och vård på neonatalavdelning sågs hos 21 % av barnen till de kvinnorna med förlängd latensfas. Syntocinonstimulering användes hos 62 % hos kvinnor med förlängd latensfas. De kvinnor som hade en mycket förlängd latensfas var riskerna än större och 37 % av dessa kvinnor fick avsluta sin förlossning med sektio och 29 % av de nyfödda barnen hos kvinnorna med mycket förlängd latensfas var i behov av neonatal vård (10).

KVINNANS BEHOV UNDER LATENSFASEN UTIFRÅN ERIKSSONS TEORETISKA BEHOVSMODELL

Varje människa är unik och har behov som påverkar hennes handlande och upplevelse. Behoven styrs av människans begär vilket kan vara den innersta längtan och önskan. Eriksson beskriver människan som mer än biologisk, att hon även utgörs av en andlig och själslig dimension. En längtan som finns hos människan är att få betyda någonting och få vara någon, att få känna delaktighet och samhörighet i den upplevda processen. För att kunna skilja mellan människans begär, behov, problem och hälsohinder har Eriksson skapat en behovsmodell för att förtydliga begreppen. Den grundar sig på behovsmodeller av teoretikerna Maslow, Murray

och Frankl. Modellen grundar sig på organiska behov som näring, utsöndring av vätska och att undvika smärta. Den bygger vidare på människans emotionella behov som positiv förväntan, förtrostan och behov av skydd. Nästa steg i behovsmodellen är de kulturella och sociala behoven som de av utrymme, tradition och identitet. Vidare finns behov av kontakt, relationer, upplevelser, nyfikenhet och behov av självförverkligande. Överst i behovsmodellen finns de andliga, etiska/moraliska eller religiösa behov. Otillfredsställda behov kan skapa en sämre prestation och försämrade tilltro till sin egen inre kraft. Tillfredsställda behoven ses istället avsaknad av tvivel och svaghet (17).

Denna behovsmodell ser vi som mycket applicerbar på latensfasen. Kvinnan har grundläggande behov av näring och vätska, men lika viktiga är behoven av positiv förväntan, kontakt, självförverkligande och andliga behov.

FORSKNING KRING KVINNANS BEHOV UNDER LATENSFASEN

En kvinna i latensfasen genomgår en stark känslomässig process i sitt födande, där behovet av bekräftelse, tilltro, delaktighet och självförverkligande är stort. Många kvinnor upplever det som en svårighet att inte kunna styra över förlossningsförloppet och att utlämna sin kropp och själ (18). Kvinnor som ser sin förlossning som en meningsfull händelse i livet och är inställda på att barnafödandet är smärtsamt, ser sig själva ha den kapacitet som behövs för att klara det. Fokus läggs istället på det positiva och på det blivande barnet (17,19). I en studie genomförd i Australien 2005 undersöktes sambandet mellan nivån av oro hos modern och känslan av kontroll under förlossningen hos förstföderskor från Hong-Kong, som inkom till förlossningen i latensfasen. Kvinnorna som inkluderades var kinesiska kvinnor över 18 år som kunde skriva och prata kantonesiska och som haft en normal graviditet. Syftet var att se om upplevelse av kontroll under förlossningen kan ge en ökad tillfredsställelse och minskad oro för kvinnan. Resultatet visar att en oro hos kvinnan under latensfasen ger en minskad känsla av kontroll under hela förlossningsförloppet och även post partum. Vidare fanns inget signifikant samband mellan att ha känsla av kontroll och durationen av förlossningen, heller inget signifikant samband såg mellan känsla av kontroll och förlossningssätt, smärtlindring och eventuella obstetriska interventioner (20).

I en svensk kvalitativ studie intervjuades 18 kvinnor med öppna frågor för att ta reda på hur de upplevde latensfasen och därmed få en djupare förståelse för denna fas under förlossningen. Kvinnorna som inkluderas i studien hade alla haft en normal graviditet, hade fått information om latensfasen och hade blivit inlagda under latensfasen (21) i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer (1). När intervjuerna analyserades framkom en huvudkategori och fem underkategorier. Huvudkategorin handlade om kvinnans behov av att lämna över ansvaret för förlossningen till en barnmorska under latensfasen och behovet av att få stanna på förlossningen. Behovet av att överlämna ansvaret berodde på en oro för barnets hälsa och att inte hinna till förlossningen i tid. Vidare i underkategorierna handlade det om en längtan att avsluta graviditeten, en svårighet av att klara av säkerheten kring förlossningens start, den långsamma progressen, att känna smärta utan mening samt att pendla mellan kraft och kraftlöshet. Kvinnorna fann en trygghet i att få stanna kvar på förlossningsavdelningen. De upplevde många blandade känslor som oro, ensamhet och hjälplöshet och att barnmorskan inte hade tillräckligt med empati att förstå deras behov (21).

Kvinnorna upplevde det också svårt att de inte kunde få mer hjälp med smärtlindring eftersom de "bara" befann sig i latensfasen. Samtidigt upplevde dessa kvinnor att förlossningen tog väldigt lång tid, eftersom de varit inne på förlossningsavdelningen länge med långsam progress. Många kvinnor upplevde latensfasen som den tuffaste fasen av förlossningen på grund av den långsamma progressen. Det var av stor vikt att förlossningen fortskred framåt för att inte kvinnan skulle tappa hopp och känna sig uppgiven. Vidare upplevde kvinnorna att det kändes viktigt att ha en plan för när en intervention skulle sättas in för att förlossningen skulle bli hanterbar. Att kvinnan fick vila kunde bli en vändpunkt för att återfå sin styrka och motivation för att föda barn. Kvinnor som upplevde sin latensfas som svår och kände sig hjälplösa hade kvar denna känsla genom hela förlossningsarbetet och postpartum. Kvinnorna har även beskrivit en rädsla för att bli gravida igen efter att ha upplevt en traumatisk latensfas (21).

BARNMORSKANS STÖDJANDE ROLL UNDER LATENSFASEN

Barnmorskans roll under förlossningen och vårkarbetet är att vara en vägledare för kvinnan och att ge god hjälp genom att tillgodose kvinnans behov under latensfasen, såväl de

organiska behoven som de emotionella, kulturella och andliga behoven (17,22). Det engelska ordet "midwife" betyder "med kvinnan"; det vill säga att vara närvarande i situationen, att följa förlossningsprocessen (23). Barnmorskans närvaro kan hjälpa kvinnan att ha tro och hitta sin egen förmåga, att kunna tolka kroppen och hantera situationen (3,8).

För att uppnå en positiv förlossningsupplevelse är den viktigaste faktorn stöd (23). Att stödja innebär att hjälpa och bistå i olika situationer med krafter och intresse mot ett mål (24). Stöd leder till minskad smärtupplevelse och ett positivt förlossningsutfall med färre interventioner och en positiv anknytning mellan mor och barn. Dessutom stärks kvinnan av sina egna krafter och vågar möta smärtan och förlossningsförloppet. Stödet från barnmorskan innefattar att bekräfta kvinnans upplevda smärta och det normala med den långsamma process som latensfasen kan innebära (21). Dock behöver inte alltid stödet komma från en barnmorska utan stödet kan även ges av en nära anhörig som kvinnan känner förtroende för (3,8). Kommunikation är också ett typ av stöd där barnmorskan informerar kvinnan om barnets välmående och hjälper kvinnan att fokusera på nuet.

Det stöd som en kvinna i latensfasen behöver är individuellt och bör anpassas i varje situation (25). Den största riskfaktorn för en negativ upplevelse under graviditet och förlossning är bristande stöd från barnmorskan (3,8). En amerikansk kvalitativ litteraturstudie, som inkluderade 17 studier där fokus var riktat på kvinnors upplevelse av barnmorskans stöd under förlossningen, visade resultatet att kvinnor i förlossningsarbete förväntade sig både fysiskt och emotionellt stöd av en barnmorska. Ett behov av närvaro och kontinuerligt stöd av en och samma barnmorska skapade ett förtroende som bidrog till minskad smärtupplevelse och ökad självkänsla hos kvinnan. Fysisk kroppskontakt var ett essentiellt behov hos de födande kvinnorna, som stärkte upplevelsen av stöd, minskad smärtupplevelse och ökat välbefinnande (26).

I en studie genomförd i Kanada inkluderades 14 friska förstföderskor med normal graviditet och i fullgången tid, som sökte råd i latensfasen. De blev slumpmässigt indelade i en grupp som fick stöd av en barnmorska via telefon och en grupp som fick stöd via hembesök. Av kvinnorna randomiserades 725 till stöd via telefon och 654 till stöd av hembesök. Resultatet visar att de kvinnor som fick stöd i hemmet hade signifikant färre besök i latensfasen, men även de som fått stöd via telefon hade färre besök än förväntat. En konklusion av studien är att tidigt stöd via telefon eller hembesök minskar antalet sjukhusvistelser (27).

PROBLEMFORMULERING

Latensfasen är en normal process och det finns ingen tydlig övergång mellan förvärkar och latensfasens början. Starten av latenfasen är en subjektiv upplevelse av kvinnan och det finns ingen tydlig och enig definition av latensfasen. Däremot finns en tydlig distinktion mellan latensfasen och den aktiva fasens början. För att uppnå en optimal vård och rådgivning för kvinnor i latensfasen behövs en tydlig definition av latensfasen. Latensfasen diagnostiseras oftast genom att kvinnan *inte* uppfyller kriterier för den aktiva fasen. Även durationen av latensfasen är oklar och forskningen är inte enad. Det är av stor vikt att skilja på latensfasen och den aktiva fasen för att undvika onödiga ingrepp under latensfasen (1).

Det är oklart hur många kvinnor som söker vård under latensfasen, men det framgår tydligt i forskningen att de som söker och läggs in under latensfasen har en signifikant ökad risk att utsättas för interventioner under förlossningsförloppet, så som amniotomi och stimulering med syntocinon, dessutom avslutas förlossningen oftare instrumentellt eller med sektio. Tydliga risker som ses är även en avstannande progress i förlossningsarbetet, vilket i sig skapar en ökad risk för interventioner och komplikationer hos kvinnan som postpartum blödning och infektioner (13). Vidare framgår att barn till mödrar som framförallt har en *förlängd* eller *mycket förlängd latensfas* oftare vårdas på neonatalavdelning samt att Apgar score är ≤ 7 vid 5 minuter (10).

SYFTE

Syftet var att kartlägga förekomsten av kvinnor som sökte vård i latensfasen, vilka interventioner som genomfördes samt maternella och neonatala förlossningsutfall.

FRÅGESTÄLLNINGAR

1. Hur många kvinnor sökte vård under latensfasen relaterat till totala antalet kvinnor som sökt vård på förlossningsavdelningen?
2. Hur lång var durationen av latensfasen samt övriga faser under förlossningen?
3. Vilka interventioner förekom under förlossningen hos kvinnor som sökte vård under latensfasen?
4. Hur avslutades förlossningen hos de kvinnor som sökte vård under latensfasen?
5. Vilka komplikationer förekom under efterbördsskedet hos de kvinnor som sökte vård under latensfasen?
6. Hur förekommande var det att barn fick Apgar score ≤ 7 vid 5 minuter och/eller var i behov av neonatal vård?

Latensfasen definieras i denna magisteruppsats såsom att kvinnan *ej* uppfyllt två av tre följande kriterier för aktiv fas enligt Socialstyrelsen 2001 (1). Dessa kriterier är 1) vattenavgång 2) smärtsamma regelbundna sammandragningar 3-4 på 10 minuter 3) cervixdilation $> 3-4$ cm. *Förlängd latensfas* definieras som > 20 timmar för förstföderskor och > 14 timmar för omföderskor (6).

METOD

Studien är en retrospektiv observationsstudie där kvantifierbar data systematiskt samlades in och sammanfattades i statistisk deskriptiv form. Denna typ av studie används ofta för att kartlägga sjukdomar och sambandet mellan sjukdomar och riskindikationer, såsom i detta fall latensfasen (28).

Data hämtades från journaler. Studien innefattade en kartläggning av alla kvinnor som sökte och födde barn på Östra sjukhusets förlossningsenhet under tidsperioden 1 januari 2005 till och med 30 september 2005, en identifiering av de kvinnor som vid intagningsstillfället och även efter tre timmar var i latensfas samt var från och med graviditetsvecka 37+0. De kvinnor som exkluderades var de som hade vattenavgång eller var i aktiv fas i förlossningsarbetet när de sökte vård eller som gått in i aktiv fas inom tre timmar.

DATAINSAMLING

Noggrann och systematisk genomgång gjordes av alla förlossningsjournaler av kvinnor som födde barn från 1 januari, 2005 till och med 30 september, 2005 på SU/Östra Normalförlossningen. Datainsamlingen utfördes i samarbete med en forskningsbarnmorska då materialet även är en del i ett större projekt. I det större projektet undersöktes effekten av taktill massage hos kvinnor som sökte vård under latensfasen. Vi har granskat journaler från september månad 2005 för att fördjupa oss i datainsamlingen. Identifierade kvinnor som inkluderades oidentifierades genom att tilldelas ett löpnummer. Utefter förutbestämda variabler (bilaga 1) fördes patientuppgifterna från journalen till en sammanställning. Den inmatade patientinformationen förvarades inlåst på förlossningsavdelningen på Östra sjukhuset, så obehöriga ej hade tillträde till materialet.

ANALYS

Varje vetenskaplig metod innehåller begrepp som är unika för den design som används. I statistiska metoder beskrivs variabler utefter grad av precision. I denna studie användes diskreta variabler för att beskriva antal barn kvinnan fött, öppningsgrad i centimeter av cervix vid insättande av syntocinon eller interventionen amniotomi och antal besök under latensfasen. Vidare användes kvalitativa variabler för att beskriva grad av bristning. Ja/nej frågor användes för att ta reda på om kvinnan genomgått sektio tidigare, om kvinnan var i latensfas vid inläggning, om kvinnan hade en blödning som var ≥ 1000 ml till och med två timmar efter förlossningen, om förlossningen avslutades med sektio eller VE, om perineotomi utförts, om syntocinonstimulering användes under förlossningen, om amniotomi utfördes, om

barnet hade Apgar score ≤ 7 vid 5 minuter och om manuell placentalösning förekom, genom ja och nej frågor. Vidare användes kontinuerlig variabel för att mäta durationen av latensfasen, den aktiva fasen och utdrivningsskedet och graviditetslängden i antal dagar (28).

Resultatet analyserades genom att använda programmet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) och Excel. SPSS är ett program som är erkänt och vanligt förekommande för statistiska analyser inom samhällsstatistik (29). Analysen gjordes först efter att all data var inmatad samt kontrollerad. Beräkningarna gjordes genom att olika analysmetoder valdes i olika menyer. Samtliga metoder var validerade och man behövde därmed inte oroa sig för felberäkningar på grund av felaktiga formler (30). För de kontinuerliga värdena i studien utfördes ett t-test för att kunna beräkna ett p-värde. För övriga variabler har ett Pearson Chi-square-test använts.

T-test är ett statistiskt hypotestest som beräknar skillnaden mellan två normalfördelade populationer. T-test används främst vid analyser av små stickprov. T-fördelningens form påminner mycket om normalfördelningen. T-fördelningen varierar med stickprovets storlek och närmar sig normalfördelningen då antalet frihetsgrader ökar. Frihetsgrader är ett statistiskt mått som beräknas utefter antal observationer minus antalet skattade parametrar. T-testet ligger till grund för en uträkning av p-värdet som är ett sannolikhetsvärde(28,31)

I Pearson Chi-square-test används inte en beroende och en oberoende variabel utan sambandet mellan variablerna studeras. Testet räknar ut ett korrelations- eller regressionskoefficient mellan +1 till -1, där +1 är ett starkt positivt samband och -1 är ett starkt negativt och 0 ett svagt linjärt samband (28).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskning inom vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete med syfte för att inhämta ny kunskap på vetenskaplig grund ska genomgå en etikprövning. Även all forskning som behandlar känsliga personuppgifter ska etikprövas (32). Denna studie har genomgått en etisk prövning och fått godkänt år 2005 av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg dnr: 192-05.

Forskning som bedrivs inom reproduktiv och perinatal hälsa leds av etiska principer enligt Helsingforsdeklarationen. Grundläggande principer för forskning är respekt för individen, det vill säga autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepprincipen. Nyttan och risker bör vägas mot varandra och det är även av stor vikt att patientens integritet och intressen går före samhällets och forskningens intressen. Forskarnas plikt är att upprätthålla och skydda liv, hälsa, integritet och värdighet hos varje människa under forskning (33).

Risker med föreliggande studie kan vara ett eventuellt igenkännande av kvinnan ifråga före avidentifieringen. Studiens resultat kan vara missvisande då latensfasen endast kartlagts på en enda förlossningsavdelning och det kan se annorlunda ut på en annan förlossningsavdelning med en annan kultur. Statistiken i sig själv kan varken vara etisk eller oetisk (33,34).

Nyttan med studien är att öka kunskap om latensfasen och omvandla den teoretiska kunskapen i klinisk verksamhet. Med den ökade teoretiska kunskapen följer en större förståelse och ett förbättrat förhållningssätt, vilket ger en bättre beredskap för kvinnor som söker vård i latensfasen, vilket kan sammankopplas med godhetsprincipen. Även PM skulle kunna utarbetas som ett stöd för barnmorskor i den kliniska verksamheten, för att ge rätt vård vid rätt tillfälle vilket följer rättvisepprincipen inom forskningsetiska grunder.

RESULTAT

Studien innefattar endast de kvinnor som sökte vård under latensfasen, därmed kan ingen jämförelse med övriga kvinnor som sökte vård på förlossningen under den aktuella tidsperioden göras. Resultatet presenteras i tabeller och text utifrån syftet och frågeställningarna i studien.

FREKVENNS KVINNOR SOM SÖKTE VÅRD UNDER LATENSFASEN

Totalt under tidsperioden 1 januari till 30 september, 2005 födde 3191 kvinnor på Östra sjukhusets Normalförlossning i Göteborg. Av dessa sökte 471 kvinnor (14,8 %) vård under latensfasen. Av det totala antalet sökande kvinnor under latensfasen (n=471) blev 259 (55 %) kvinnor inlagda under denna fas och förlösta vid detta vårdtillfälle. De kvinnor som ej blev inlagda under latensfasen (n=212) räknas som besökande patienter, och inkom senare till förlossningen i den aktiva fasen. Antal vårdbesök under latensfasen var för hela gruppen i genomsnitt $1,1 \pm 1,0$ tillfällen.

Av de totalt antal sökande kvinnorna under latensfasen var majoriteten förstföderskor, 280 (59,4 %). Antal omföderskor som sökte var 158 (33,5 %) och totalt antal omföderskor utan tidigare vaginalförlossning (OUTV) var 33 (7,0 %). Åldersmässigt var omföderskan något äldre än förstföderskan, spridningen av åldern för alla kvinnor som sökte vård under latensfasen var 29.5 ± 5.1 år.

Resultatet visade att en majoritet av de kvinnor som blev inlagda under latensfasen var förstföderskor och i gruppen av kvinnor som ej blev inlagda under latensfasen var den största andelen också förstföderskor (Tabell 1). Totalt av förstföderskorna lades 55,7 % av de sökande in under latensfasen. Totalt av omföderskorna lades 52,2 % av de sökande in under latensfasen, och totalt av OUTV lades 63,6 % in under latensfasen.

Av de kvinnor som sökte vård under latensfasen, var det 47,8 % som uppfyllde kriterierna för *förlängd latensfas* och av dem som blev inlagda i latensfasen var det 54,3 % som hade förlängd latensfas. OUTV och förstföderskor är de som oftast hade en förlängd latensfas (Tabell 1).

Tabell 1. Inlagda/ej inlagda kvinnor under latensfasen samt förlängd/ej förlängd latensfas (n=471), % (n).

	inlagd i latensfas (n=259)	ej inlagd i latensfas (n= 212)	förlängd latensfas** (n=219)	ej förlängd latensfas (n=239)
förstföderskor	60,2 (156)	58,8 (124)	61,6 (135)	59,8 (143)
omföderskor	31,7 (82)	35,5 (75)	31,1 (68)	33,9 (81)

OUTV*	8,1 (21)	5,7 (12)	7,3 (16)	6,3 (15)
-------	----------	----------	----------	----------

*omföderska utan tidigare vaginalförlossning

** > 20 timmar för förstföderska samt > 14 timmar för omföderska

DURATION AV LATENSFASEN SAMT ÖVRIGA FASER UNDER FÖRLOSSNINGEN

Latensfasens längd var något kortare för omföderskor och ungefär lika lång för förstföderskor och OUTV. Förloppet av utdrivningsskedet för omföderskor var också snabbare än hos de andra två grupperna (Tabell 2). I den totala gruppen som sökte vård under latensfasen, var latensfasens längd i genomsnitt $25,4 \pm 25,0$ timmar. För kvinnorna med en förlängd latensfas varade den i genomsnitt $41,3 \pm 28,3$ timmar.

Tabell 2. Duration av förlossningens olika skeden (medelvärde och standardavvikelse).

	latensfasen längd (h)	aktiva fasens längd (h)	utdrivningsskedet längd (min)
förstföderskor	$27,8 \pm 27,0$	$9,3 \pm 5,0$	$41,7 \pm 36,4$
omföderskor	$20,3 \pm 19,0$	$5,6 \pm 5,6$	$18,9 \pm 17,1$
OUTV*	$29,0 \pm 28,2$	$9,2 \pm 4,5$	$36,8 \pm 37,1$

*omföderska utan tidigare vaginalförlossning.

INTERVENTIONER SOM FÖREKOM UNDER FÖRLOSSNINGEN

Av det totala antalet kvinnor som sökte vård under latensfasen var det totalt 52,4 % som fick syntocinonstimulering och hos lika stor andel kvinnor utfördes amniotomi. En markant skillnad sågs mellan gruppen OUTV och omföderskor vad gällde stimulering med syntocinon, där gruppen OUTV stimulerades i signifikant högre grad. Även förstföderskor stimulerades signifikant oftare än omföderskor. Amniotomi utfördes signifikant oftare hos förstföderskor än hos omföderskor och OUTV tillsammans. Det framgår att kvinnor som lades in under latensfasen oftare utsattes för interventionen syntocinonstimulering. Interventionen amniotomi förekom oftare hos de kvinnor inlagda under latensfasen än hos de kvinnor som *ej* blev inlagda under latensfasen. De kvinnor med förlängd latensfas stimulerades i högre grad med syntocinon och amniotomi utfördes oftare än hos kvinnor som *ej* hade en förlängd

latensfas (Tabell 3). Stimulering av syntocinon påbörjades vid öppningsgrad $3,7 \pm 4,0$ cm av cervix. Amniotomi utfördes vid öppningsgrad $3,1 \pm 3,5$ cm av cervix.

Tabell 3. Syntocinonstimulering och amniotomi.

	Syntocinonstimulering och amniotomi	
	syntocinonstimulering	amniotomi
förstföderska	63.2 (177)	58.2 (163)
omföderska	29.1 (46)	45.9 (72)
OUTV*	72.7 (24)	48.5 (16)
Syntocinonstimulering och amniotomi hos kvinnor inlagda/ ej inlagda under latensfasen, % (n)		
	syntocinonstimulering	amniotomi
inlagd i latensfasen (n=259)	59,5 (154)	60,2 (156)
ej inlagd i latensfasen (n=212)	43,6 (92)	45,0 (95)
Syntocinonstimulering och amniotomi hos kvinnor med förlängd/ej förlängd latensfas, % (n)		
	syntocinonstimulering	amniotomi
förlängd latensfas** (n=219)	61,2 (34)	60,7(133)
ej förlängd latensfas (n=239)	44,4 (106)	47,5 (113)

*omföderska utan tidigare vaginalförlossning.

** >20 timmar för förstföderskan samt > 14 timmar för omföderskan

FÖRLOSSNINGSUUTFALL

Vaginal förlossning var det vanligaste utfallet hos kvinnor som sökte vård under latensfasen. Risk för sektio var högst i gruppen OUTV jämfört med omföderskor och förstföderskor och risken för att avsluta förlossningen med VE var störst hos förstföderskorna jämfört med omföderskor och OUTV. Risken för sektio var högre för kvinnor som blev inlagda under latensfasen i jämförelse med de kvinnor som ej blev inlagda under latensfasen. En ökad risk att förlossningen avslutades med VE sågs hos de kvinnor som ej blev inlagda under latensfasen. Det var vanligare att kvinnor med *ej* förlängd latensfas avslutade sin förlossning

vaginalt. Kvinnor med förlängd latensfas hade en ökad risk för att avsluta sin förlossning med VE eller sektio (Tabell 4).

Tabell 4. Förlossningsavslut

	Avslut av förlossningen (n=470), % (n)		
	vaginal	VE	sektio
förstföderskor	78.2 (219)	9.6 (27)	12.1 (34)
omföderskor	93.6 (147)	1,3 (2)	5.1 (8)
OUTV*	63.6 (21)	6.1 (2)	30.3 (10)
	Avslut av förlossningen hos kvinnor inlagda/ ej inlagda under latensfasen,%(n)		
	vaginal	VE	sektio
inlagd i latensfasen (n= 259)	81.0 (209)	4.7 (12)	14.3 (37)
ej inlagd i latensfasen (n=186)	84.4 (178)	8. 5 (18)	7.1 (15)
	Avslut av förlossningen hos kvinnor med förlängd/ej förlängd latensfas, % (n)		
	vaginal	VE	sektio
förlängd latensfas** (n=219)	79.4 (173)	8.3 (18)	12.4 (27)
ej förlängd latensfas (n=239)	85.8 (205)	5.4 (13)	8.8 (21)

*omföderska utan tidigare vaginalförlossning.

** >20 timmar för förstföderskan samt > 14 timmar för omföderskan.

MATERNELLA OCH NEONATALA KOMPLIKATIONER

Den grupp som oftast *inte* fick några bristningar var omföderskor och de utsattes i lägst grad för perineotomi. Förstföderskor var den grupp där det var vanligast med bristningar av typ grad 1-2 . Bristningar av grad 3-4 förekom i högsta grad hos OUTV. Perineotomi var i det närmaste lika vanligt hos förstföderskor som hos OUTV .

De kvinnor som blev inlagda under latensfasen hade oftare *ingen* bristning eller bristning av grad 1-2. Hos dem som *ej* blev inlagda var det vanligast med bristning av grad 1-2 och grad 3-

4. Perineotomi var i det närmaste lika vanligt för både kvinnor inlagda under latensfasen som för de kvinnor som *ej* blev inlagda.

Av kvinnor med förlängd latensfas var det vanligast med *ingen* bristning eller bristning av grad 1-2. Kvinnor med *ej* förlängd latensfas hade oftare bristning av grad 1-2 eller grad 3-4 . Perineotomi var något vanligare hos kvinnor med förlängd latensfas jämfört med de kvinnor som *ej* hade förlängd latensfas (Tabell 5).

Tabell 5. Bristningar och perineotomi

	Bristningar och perineotomi (n=470). %(n)			
	inga bristningar	bristningar grad 1-2	bristningar grad 3-4	perineotomi
förstföderskor	30,7 (86)	67,5 (189)	1,8 (5)	12,9 (36)
omföderskor	52,2 (82)	45,2 (71)	2,5 (4)	5,7 (9)
OUTV*	36,4 (12)	57,6 (19)	6, 1(2)	12,1 (4)
	Bristningar och perineotomi hos inlagda/ej inlagda kvinnor under latensfasen. % (n)			
	inga bristningar	bristningar grad 1-2	bristningar grad 3-4	perineotomi
inlagd i latensfasen (n=258)	41,5 (107)	50,7 (147)	1,6 (4)	10,4 (27)
ej inlagd i latensfasen (n=211)	34,6 (73)	62,6 (132)	2,8 (6)	10,0 (21)
	Bristningar och perineotomi hos de kvinnor med förlängd/ej förlängd latensfas. %(n)			
	inga bristningar	bristningar grad 1-2	bristningar grad 3-4	perineotomi
förlängd latensfas** (n=219)	41,6 (91)	56,6 (124)	1,8 (4)	11,0 (24)
ej förlängd latensfas (n=238)	33,6 (80)	63,4 (151)	2,9 (7)	10,5 (25)

*omföderska utan tidigare vaginalförlossning.

** >20 timmar för förstföderskan samt > 14 timmar för omföderskan.

Av hela gruppen kvinnor som sökte vård under latensfasen uppmättes hos 7,2 % av kvinnorna en blödningsmängd på ≥ 1000 ml. Detta oberoende om de blev inlagda i *latensfasen/ej inlagda*

eller hade en *förlängd/ej förlängd* latensfas. Dock sågs en kraftigt ökad risk för blödning för OUTV (n=33), där en blödning på ≥ 1000 ml uppmättes hos 18,2 % av dessa kvinnor.

Manuell placentalsöning förekom hos 4,2 % av hela gruppen som sökte vård under latensfasen. Den grupp kvinnor som i lägst grad utsattes för manuell placentalsöning var omföderskor 1,9 %.

Apgar score ≤ 7 vid 5 minuter förekom hos 2,1 % av barnen till de mödrar som sökte vård under latensfasen. Dock var risken kraftigt ökad hos OUTV (n= 33) där 12,1 % av barnen hade Apgar score ≤ 7 vid 5 minuter .

OMFÖDESKOR UTAN TIDIGARE VAGINAL FÖRLOSSNING

Datainsamlingen visar att gruppen OUTV (n=33) ofta uppvisar en markant högre risk för att utsättas för komplikationer, som blödningar ≥ 1000 ml (18,2 %), att avsluta förlossningen med sektio (30,3 %), att få bristningar av grad 3-4 (6,1 %), att barnet får Apgar score ≤ 7 vid 5 minuter (12,1 %). OUTV visar även en ökad risk för att bli inlagda under latensfasen (63,6 %), att oftare utsättas för perineotomi (12,1 %) och syntocinonstimulering (72,7 %) jämfört med förstföderskor och omföderskor tillsammans.

SAMMANFATTNING AV RESULTATET

Av de totalt antal sökande kvinnor till normalförlossningen, Östra sjukhuset i Göteborg, under perioden 1 januari till och med 30 september, 2005, var 14,8 % kvinnor i latensfasen. Andelen inlagda kvinnor under latensfasen, som blev förlösta vid det sökande vårdtillfället var 55 %. Den grupp som oftast lades in under latensfasen var omföderskor utan tidigare vaginal förlossning (OUTV). Förstföderskor och OUTV var den grupp av kvinnor som oftast hade en förlängd latensfas. Durationen av latensfasen var ungefär densamma för förstföderskor som för OUTV och något kortare för omföderskor.

Av de kvinnor som sökte vård under latensfasen stimulerades 52,4 % med syntocinon och hos lika stor andel kvinnor utfördes amniotomi. Stimulering med syntocinon förekom oftare för grupperna förstföderskor och OUTV. De kvinnor som lades in under latensfasen utsattes i högre grad för interventionen amniotomi än de kvinnor som ej lades in under latensfasen. Även kvinnor med förlängd latensfas utsattes signifikant oftare för stimulering med syntocinon.

Vaginal förlossning var det vanligaste avslutet av förlossningen hos alla kvinnor som sökte vård under latensfasen. Risken för VE som förlossningsavslut var signifikant störst för förstföderskorna. Risken för sektio var signifikant störst för OUTV. Kvinnor inlagda under latensfasen löpte dubbelt så stor risk att utsättas för sektio än de kvinnor som ej blev inlagda under latensfasen. Dock var risken för att avsluta förlossningen med VE större för de kvinnor som ej var inlagda under latensfasen än de kvinnor som var inlagda under latensfasen. För de kvinnor som hade en förlängd latensfas var risken större för sektio och VE än för dem som ej hade en förlängd latensfas.

OUTV var den grupp där flest interventioner utfördes, där störst risk för sektio fanns, samt störst risk för maternella och neonatala komplikationer.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Svårigheter som upptäcktes under datainsamlingen var att det ibland var svårt att på ett korrekt sätt tyda journaldokumentationen, exempelvis när kvinnan upplevde att latensfasen startat. Detta berodde på svag dokumentation i Obstetrix och vi har därför ibland fått tolka starten av latensfasen genom att analysera partogram och journaltext. Liknande svårigheter som uppstod var att utläsa när kvinnan gick in i ett aktivt förlossningsarbete, detta på grund av att vaginala undersökningar inte gjordes regelbundet eller inte fanns dokumenterade. Även här tolkades övergången till den aktiva fasen genom att analysera partogram och journaltext. Detta kan ha påverkat resultatet i studien genom att durationen av förlossningens olika faser ej blivit angivna med exakt korrekt tidsintervall. Tolkningen har dock inte påverkat andelen

inkluderade kvinnor i studien. För att korrekt kunna fastställa latensfasens duration bör en prospektiv studie utföras där kvinnor i latensfasen identifieras före inläggning och där regelbunden vaginal undersökning och dokumentation av latensfasens progress sker.

Variabeln, graviditetslängd, anges i studien i dagar då det är mer praktiskt att statistiskt räkna ut längden med en och samma enhet. Att ange längden i veckor + dagar hade varit mer användbart, men tid har ej funnit till att omvandla datan.

Den stora nackdelen har varit att vi inte har haft data från den totala gruppen kvinnor som sökte vård under den aktuella tidsperioden. På grund av detta har inte jämförelser eller slutsatser kunnat tas mellan de kvinnor som sökte vård under latensfasen och de kvinnor som sökte vård under den aktiva fasen.

RESULTATDISKUSSION

I den forskning som vi har granskats framkommer det inte hur vanligt förekommande det är att kvinnor söker vård under latensfasen, men forskningen visar dock på att det sker och att det ofta medför problematik för kvinnan som inläggs under latensfasen (1,2,9,12-16). I vår studie som genomfördes på Normalförlossningen, Östra sjukhuset i Göteborg år 2005 var det 14,8 % kvinnor av alla kvinnor som sökte vård på förlossningen, som var i latensfasen. Det visar på att det är daglig förekommande företeelse.

Forskning visar även att det inte finns en entydig definition av latensfasen inom dagens obstetriska vård (1,6,9,10,25). I vår studie har definitionen för latensfasen innefattat att kvinnan *inte* uppfyller kriterier för den aktiva fasen (1). Både för kvinnan och för barnmorskan är en definition av stor vikt. För kvinnan kan det ge bekräftelse samt identifiera stöd och behov. För barnmorskan är det viktigt för att kunna ge rätt stöd vid rätt tillfälle och för att *ej* intervera i latensfasens naturliga förlopp och därmed minska risken för tidiga interventioner under latensfasen. I definitionen bör även durationen av latensfasen framgå då den kan variera kraftigt. Både tidigare forskning (7,9,10) och resultatet i denna studie visar att det är naturligt att latensfasen för en förstföderska är upp till 20 timmar. När latensfasen överstiger 20 timmar för förstföderskor och 14 timmar för omföderskor definieras den som *förlängd latensfas* enligt Friedman (6). Av de sökande kvinnor under latensfasen i studien var

det 47,8 % som hade en *förlängd latensfas*. Spridningen på latensfasens duration var $25,4 \pm 25,0$ timmar och spridningen på den *förlängda latensfasen* var $41,3 \pm 28,3$ timmar för de sökande kvinnorna under latensfasen. Detta bekräftar den stora variation en latensfas kan ha.

Den forskning som granskats visar att kvinnor under latensfasen behöver och önskar stöd samt närvaro av en barnmorska. Det bidrar till att kvinnan känner tillit till sina egna krafter, minskad smärtupplevelse, minskad oro och ett positivt förlossningsutfall (3,8,9,17,20-23,25-27). I dagens förlossningsvård finns ofta inte utrymme för att kvinnor under latensfasen kan få det stöd och den närvaro av en barnmorska som önskas. Kvinnorna hänvisas ofta till att kvarstanna i hemmet så länge som möjligt. Dessa kvinnor får därmed inte den positiva effekt som stöd och närvaro av en barnmorska kan innebära. Forskning visar dock att stöd av en barnmorska kan ges via telefon. Effekten av sådant stöd är inte lika optimalt som fysiskt stöd men minskar besöken på förlossningen under latensfasen (27). Många kvinnor upplever latensfasen som den tuffaste delen av förlossningen på grund av dess långa duration och långsamma progress. Kvinnor med en negativ upplevelse under latensfasen upplever den känslan genom hela förlossningsarbetet samt även post partum. Dessa kvinnor får även en negativ förlossningsupplevelse vilket leder till förlossningsrädsla (21).

Interventioner

I forskning som granskats ses tydligt att det finns en ökad risk för kvinnan att utsättas för interventioner om inläggning sker under latensfasen. Interventioner sker oftast på grund av en avstannande progress i kvinnans förlossningsarbete, som är relaterat till den tidiga inläggningen under latensfasen (13). Syntocinonstimulering och amniotomi var vanliga interventioner för kvinnor som blir inlagda under latensfasen (10,13,14). Detta framkom även i vår studie, där 59,5 % stimulerades med syntocinon. Hos 60,2 % av de kvinnor som blev inlagda under latensfasen utfördes amniotomi, vilket var oftare än hos dem som ej blev inlagda. Forskning som granskats visar att kvinnor med *förlängd latensfas* (62 %) hade en ytterligare ökad risk för interventioner än för kvinnor med *ej förlängd latensfas* (10). Resultatet i vår studie visade också att kvinnor med *förlängd latensfas* i högre grad stimulerades med syntocinon (61,2 %), och amniotomi (60,7 %) utfördes oftare än för de kvinnor som *ej* hade en förlängd latensfas. Syntocinonstimulering påbörjades vid öppningsgrad $3,7 \pm 4,0$ cm av cervix och amniotomi utfördes vid öppningsgrad $3,1 \pm 3,5$ cm

av cervix. Detta visar på att interventioner utfördes redan under latensfasen hos en del kvinnor, vilket enligt Socialstyrelsen bör undvikas (1).

Enligt forskning utförs onödiga interventioner ofta på grund av att partogram startas under latensfasen och då tolkas som dystocia på grund av fasens långa duration. Partogram är ett hjälpmedel under den aktiva fasen i förlossningsarbetet där man genom ett aktivt förhållningssätt kan undvika en avstannande progress (1,2,14,35).

Förlossningsutfall

En tidig inläggning under latensfasen visar vidare ökad risk för sektio samt ett förlossningsavslut med VE (1,2,9,12-15). I tidigare studier har i flera fall sektio genomförts redan under latensfasen (12,16). I vår studie är vaginal förlossning det vanligaste förlossningsutfallet för alla kvinnor som sökte vård under latensfasen. De kvinnor som blev inlagda under latensfasen löpte högre risk för att avsluta förlossningen med sektio. Störst risk för sektio var det för gruppen OUTV. Vår studie visar inte på vid vilken öppningsgrad som sektio utfördes vid eller på vilken indikation. Risken för att utsättas för VE som förlossningsavslut var större för de kvinnor som sökte vård under latensfasen men ej blev inlagda. Störst risk för att avsluta förlossningen med VE hade förstföderskor.

Komplikationer

Tidigare forskning visar på att ökad risk för komplikationer hos kvinnor föreligger om de läggs in under latensfasen. Komplikationer som förekommer är blödning ≥ 1000 ml, infektioner, att barnen till dessa kvinnor blir i behov av neonatalvård samt att de får Apgar score ≤ 7 vid 5 minuter (1,2,9,12-15). I vår studie framkom *inte* att det finns en ökad risk för blödning ≥ 1000 ml samt Apgar score ≤ 7 vid 5 minuter för kvinnor inlagda under latensfasen.

Omföderskor utan tidigare vaginal förlossning

I vår studie framkommer det att omföderskor utan tidigare vaginal förlossning (OUTV) är en riskgrupp och har en högre risk för interventioner, maternella och neonatala komplikationer och att avsluta förlossningen med sektio. Gruppen utgör ett litet antal, endast 33 kvinnor, och resultatet bör därför tolkas med försiktighet. I tidigare forskning som granskats nämns inte denna problematik och mer forskning behövs göras på denna grupp. En svensk retrospektiv studie studerade värksvaghet där 1480 kvinnor med singelgraviditet med huvudbjudning från och med graviditetsvecka 37+0 inkluderades. Resultatet i studien visade att OUTV ofta får värksvaghet under förlossningen och endast 75 % av kvinnor födde vaginalt (36). Därför bör vidare forskning utföras i denna grupp.

KONKLUSION

Att enas om en definition av latensfasen är av stor betydelse för både den födande kvinnan och barnmorskan för att så få interventioner som möjligt ska ske under latensfasen. Vår studie visar att omföderskor som ej tidigare fött vaginalt (OUTV) är en riskgrupp vad gäller interventioner, sektio samt maternella och neonatala komplikationer i jämförelse med de andra kvinnorna som söker under latensfasen. Den största svagheten i vår studie är att ingen jämförelse kunnat ske mellan gruppen kvinnor som sökte vård under latensfasen och det totala antalet sökande kvinnor under samma tidsperiod. Det kan ha bidragit till att viktig information ej kommit till känna. En annan svaghet är att grad av stöd inte studerats, men annan forskning visar på att det är av stor vikt (3,8,9,17,20-23,25-27). Därför anser vi att denna faktor måste inkluderas i framtida prospektiva studier kring latensfasen.

REFERENSER

1. Nordström L, Waldenström U. State of the Art Handläggning av normalförlossning. Socialstyrelsen; 2001.
2. McCormick C. The First Stage of Labour: Physiology and Early Care. In Frase D,M. Cooper MA (Red). Myles textbook for midwives. 14th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003. (pp. 435-53).
3. Waldenström U. Kvinnors upplevelse av förlossningen. I Sjögren B Psykosocial obstetrik - kropp och själ och barnafödande. Lund: Studentlitteratur. 2004
4. Faxelid E & Hogg B Lärobok för barnmorskor. 2nd ed. Lund: Studentlitteratur; 2001.
5. Hagberg H, Marsal K & Westgren M Obstetrik. Lund: Studentlitteratur; 2008.
6. Friedman EA Labor Clinical Evaluation and Management. New York: Appelton-Centuray Crofts; 1967.
7. Blix E, Kumle M & Öjan P What is the duration of normal labour? Tidsskrift Nor Laegeforen. 2008. 13; 128(6):686-9.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. : JohnWiley & Sons Ltd; 2008.
9. Gharoro EP & Enabudoso EJ Labour management: an appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode. J Obstet Gynaecol. 2006. 26(6):534-7.
10. Maghoma J & Buchmann EJ Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. J Obstet Gynaecol. 2002. 22(1):16-9.
11. Brownridge P The nature and consequence of childbirth pain. European journal of obstetrics and Gynecology and reproductive biology.1995; 59:9-15.
12. Rahnama P, Ziaei S & Faghihzadeh S Impact of early admission in labour on method of delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2006. 92(3): 217-20.
13. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. Obstet Gynecol. 2005. 105(1): 77-9.
14. Impey L, Hobson J & O`herlihy C Graphic analysis of actively managed labor: prospective computation of labor progress in 500 consecutive nulliparous women in spontaneous labor at term. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183(2):438-43.
15. Austin DA & Calderon L Triaging patients in the latent phase of labour. J Nurse Midwifery. 1999; 44(6):585-91.
16. Gifford DS, Morton SC, Fiske M, Keesey J, Keeler E, Kahn KL. Lack of progress in labor as a reason for cesarean. Obstet Gynecol. 2000. 95(4):589-95.

17. Eriksson K Vårdprocessen. Göteborg: Liber Almqvist&Wiksell; 1995.
18. Ryding E-L . Psykologiska aspekter på graviditet och förlossningen . I Hagberg H, Marsal K & Westgren M Obstetrik. Lund: Studentlitteratur; 2008.
19. Hallgren A. Förlossningsförberedelse. I Berg M & Lundgren I Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande. Lund: Studentlitteratur; 2004.
20. Cheng W, Ip WY & Chan D Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. Midwifery. 2007;23(2):123-30.
21. Carlsson IM, Hallberg LR & Odberg- Pettersson K Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: A grounded theory study. Midwifery. 2007.
22. Lundgren I. Förlossningsvårdens historia. I Berg M & Lundgren I Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande. Lund: Studentlitteratur; 2004. s 13-26.
23. Lundgren I. Att vårda kvinnor med normal förlossning. I Berg M & Lundgren I Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande. Lund: Studentlitteratur; 2004.
24. http://www.ne.se/artikel/O143159_081118_kl.15:39
25. Greulich B & Tarrant B The latent phase of labor: diagnosis and management. J Midwifery Womens Health. 2007;52(3):190-8.
26. Beverly B & Bowers . Mothers' Experiences of Labor Support:Exploration of Qualitative Research. JOGNN, 31, 742–752; 2002 .
27. Janssen PA, Still DK, Klein MC, Singer J, Carty EA, Liston RM, Zupancic JA. Early labor assessment and support at home versus telephone triage: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2006; 108(6):1463-9.
28. Ejlerthsson, G. (2003). Statistik för hälsovetenskaperna. Studentlitteratur; Lund.
29. Aronsson . Å. SPSS en introduktion till basmodulen. Studentlitteratur, Lund.1999.
30. Wahlgren, L. SPSS steg för steg. Andra upplagan. Studentlitteratur, Lund. 2008.
31. Körner, S, Wahlgren, L. Statistisk dataanalys. Tredje upplagan. Studentlitteratur, Lund. 2000.
32. <http://www.epn.se/media/5859/cepn;%20angående%20ändringar%20i%20etikprövningslagen%20m.m.doc> 2008-12-01 kl 14:44.
33. Helsingforsdeklarationen, <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf> 081119 kl: 14:41.
34. Kermode, S. Getting started in health research. Sothern cross university press: Lismore ;2001.
35. http://www.who.int/reproductive-health/impac/Clinical_Principles/Normal_labour_C57_C76.html 081217 21:09.

36. Selin L, Wallin G, Berg M. Dystocia in labour – risk factors, management and outcome: a retrospective observational study in a Swedish setting. *Acta Obstretica et Gynecologica* 2008; 87: 216-21.

BILAGA 1

Förutbestämda variabler som användes under datainsamlingen.

- Paritet, primpara och multipara
- Tidigare sektio? ja/nej
- Graviditetens längd? dagar
- Antal besök under latensfasen.
- Är kvinnan i latensfasen vid inläggningstillfället? ja/nej
- Latensfasens duration; timmar och minuter.
- Den aktiva fasens duration; timmar och minuter.
- Utdrivningsfasens duration; timmar och minuter.
- Blödningsmängd ≥ 1000 ml? ja/nej
- Avslutades förlossningen med sektio? ja/nej
- Avslutades förlossningen med VE? ja/nej
- Vilken typ av bristning uppstod? grad 1-4
- Utfördes perineotomi? ja/nej
- Stimulerades kvinnan med syntocinon? ja/nej. Om ja, vid vilken öppningsgrad av cervix?
- Utfördes amniotomi? ja/nej. Om ja, vid vilken öppningsgrad av cervix?
- Förekom Apgarscore ≤ 7 vid 5 minuter hos barnet? ja/nej
- Vilken typ av smärtlindring användes under förlossningen?
- Förekom manuell placentalösning? ja/nej
- Vad var orsaken till inläggning under latensfasen?